AUS DER TÜBINGER UNIVERSITÄTS-AUGENKLINIK.

BEITRAG
ZUR
KASUISTIK DER STAUUNGSPAPILLE

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
IN DER
MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE
UNTER DEM PRÄSIDIUM
VON
DR GUSTAV SCHLEICH
O.Ö. PROFESSOR DER AUGENHEILKUNDE UND VORSTAND DER OPHTHALMIATRISCHEN KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN
VORGELEGT
VON
ERNST MOCK
APPROB. ARZT AUS HAIGERLOCH.

AGAD
LAUDIENT.
BIBL

TÜBINGEN
VERLAG VON FRANZ PIETZCKER
1904.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen.

Referent: Professor Dr Schleich.

Dezember 1903.

Druck von G. Schnürlen, Tübingen.

Der Zweck der vorliegenden Arbeit, die auf Veranlassung von Prof. Dr Schleich, Vorstand der Tübinger Universitäts-Augenklinik, unternommen wurde, ist, eine kurze Zusammenstellung und Berichterstattung über die an der Tübinger Universitäts-Augenklinik in den Jahren 1896—1902 vorgekommenen Fälle von sog. Stauungspapille, der häufigsten Form der Neuritis intraocularis — Papillitis — zu geben.

Nach den Arbeiten Türck's, des berühmten Neurologen und Laryngologen (1810—1868) der 1853 auf den schon lange bekannten Zusammenhang zwischen Gehirn- und Augenerkrankungen wieder hingewiesen hatte, hat A. v. Gräfe erstmals 1859 bis 1860 dargelegt, dass die eigentümliche Erkrankung des intraokularen Sehnervenendes, die erstmals von A. v. Gräfe und seither als Stauungspapille bezeichnet wurde, bei gewissen Erkrankungen des Gehirns und besonders bei Gehirngeschwülsten ausserordentlich häufig vorkommt.*)

In sehr zahlreichen Arbeiten ist dieser Gegenstand seither bis in die jüngste Zeit behandelt worden und die Litteratur darüber ist ausserordentlich angewachsen.

Trotz des wiederholten Wandels in den Anschauungen über die Art und Weise dieser auffälligen Veränderungen des intraokularen Sehnervenendes ist die klinisch diagnostische Bedeutung derselben als eines der wichtigsten Symptome einer raumbeschränkenden Erkrankung in der Schädelhöhle mit er-

*) Leber, die Krankheiten der Netzhaut und der Sehnerven, Handbuch der Augenheilkunde von Gräfe-Sämisch VIII, pag. 759 und Schmid-Rimpler, die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit andern Krankheiten 1898, pag. 15 u. folg.

höhtem Druck in derselben immer mehr bestätigt worden. Der Mangel einer scharfen Trennung dieses Befundes der sog. Stauungspapille, die sich hauptsächlich durch steile und besonders starke Schwellung des Sehnervenkopfes charakterisiert von der als Neuritis descendens bezeichneten Erkrankung des Sehnerven, bei welcher die Schwellung weniger bedeutend ist, bringt der Bedeutung der Stauungspapille keinen Eintrag. In ausgesprochenen Fällen ist der Befund derselben mit der Neuritis descendens nicht zu verwechseln.

Es schien wünschenswert auch die in der Tübinger Klinik beobachteten Fälle von zweifelloser Stauungspapille, einer die wichtigsten Punkte, nämlich die zu Grund liegende Erkrankung betreffenden Durchsicht unterziehen. So ist nachstehende klinisch-statische Zusammenstellung der Fälle von Stauungspapille, die in der Klinik zur Untersuchung kamen, entstanden.

In gedrängter Darstellung sei das kasuistische Material vorgeführt:

1. Fall.

M. B., Knecht, 30 J. alt (1735, 1896). Seit 14 Wochen Kopfweh mit Abnahme des Sehvermögens.

Befund: Stauungspapille mit beginnender Atrophie. Keine Herde in der Retina, träge Reaktion der beiderseits nicht erweiterten Pupillen. Keinerlei anderweitige Störungen. Rechts Sehschärfe $^5/_{60}$. Links Finger in 2 m.

Rechts Sehfeld ohne grobe, links mit starker konzentrischer Einschränkung. (Lues und Tuberkulose kann ausgeschlossen werden.)

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri (?).

Weiterer Verlauf nicht bekannt.

2. Fall.

V. D., Bauer, 41 J. alt (1758, 1896). Seit einem Jahr starkes Kopfweh, seit einem halben Jahr Abnahme des Gedächtnisses, schwankender unsicherer Gang. Seit 4 Wochen rapide Abnahme des Sehvermögens. Für Lues und Tuberkulose keine Anhaltspunkte.

Befund: Stauungspapille mit sehr starker Schwellung, keine Herderkrankungen im Augenhintergrund. Pupillen weit, reagieren

auf Licht. Reste von Lichtschein. Schwankender unsicherer Gang, Schwindelgefühl. Ausser Benommenheit sind keinerlei anderweitige Störungen nachweisbar.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri.

Exitus nach $2^1/_2$ Monaten.

Anatomische Diagnose: Hämorrhagisches Sarcom in der rechten Kleinhirnhemisphäre.

3. Fall.

S. C., Bauer, 63 J. alt (1865, 1896). Seit kurzer Zeit rapide Abnahme des Sehvermögens, mässiges anhaltendes Kopfweh, sonst angeblich gesund. Keine Anhaltspunkte für Lues und Tuberkulose.

Befund: Stauungspapille mit sehr starker Schwellung und Übergang in Atrophie. Rechts einige kleine Hämorrhagien in der Nähe des Opticus.

Rechts Sehschärfe $^5/_2$, links Handbewegungen unsicher. Hochgradig konzentrisch eingeschränktes Gesichtsfeld. Beide Pupillen weit, unbeweglich auf Licht. Beiderseits Facialisparese. Sonst keinerlei Störungen nachweisbar.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri?

Weiterer Verlauf nicht bekannt.

4. Fall

Str. J., 8 J. alt, Holzhauerssohn (1825, 1896). Von jeher hatte der Kopf einen ungewöhnlich grossen Umfang. Der Knabe ist geistig nicht auffallend zurückgeblieben, soll bis vor ca. 10 Wochen mit beiden Augen gut gesehen haben, jedenfalls ist früher nie eine Sehstörung aufgefallen. Seit dieser Zeit soll das Sehen rapid bis zur Erblindung abgenommen haben. Dabei waren nicht selten Erbrechen und klonische Krämpfe in den Extremitäten und Kopfweh aufgetreten.

Für Lues ist kein Anhaltspunkt.

Befund: Stauungspapille mit kolossaler Schwellung (Refraktionsdifferenz 10 Dioptrien). Amaurose. Bedeutend vergrösserter asymetrischer Kopf, linke Scheitelgegend grösser (grösster horizontaler Umfang in Stirnhöhe 58 cm). Umfang Nasenwurzel bis Hinterhauptsgrenze 42 cm, Kinnwirbelumfang 66 cm; Entfernung beider äusserer Orbitalränder $9^1/_2$ cm.

Diagnose: Stauungspapille bei Hydrocephalus.

Patient lebt noch nach 7 Jahren erblindet und geistig sehr defekt.

5. Fall.

R. J., 17 J. alt, Bierbrauer (1950, 1896). Patient war früher gesund, 2½ Wochen vor der Aufnahme stürzte er in einen Kellerschacht auf den Kopf. Darnach 3 Tage völlig bewusstlos, hat sich aber allmählich nach noch längerer Zeit anhaltender Gedächtnisschwäche erholt und ist jetzt geistig vollständig klar. Es wurde zunächst wegen anfänglicher Somnolenz und Erbrechen mit Verlangsamung und Unregelmässigkeit des Pulses Commotio cerebri diagnostiziert.

Befund: Bei der Aufnahme Sehschärfe beiderseits $^5/_5$, etwas accommodative Asthenopie, absolute Accomodationsbreite 7 Diopt. Gesichtsfeld und Farben perimetrisch normal, Pupillarreaktion normal, rechts leichte Abducensparese, Medien klar.

Ophthalmoskopischer Befund: Ausgesprochene Stauungspapille mit zahlreichen feinen Blutungen (Refraktionsdifferenz 4 Dioptrien). Urin normal; keinerlei sonstige Störungen ausser grosser Müdigkeit.

Diagnose: Stauungspapille nach Blutung an der Basis cranii, wahrscheinlich Fraktur.

Unter 4wöchentlicher absoluter Ruhe und Darreichung von leichten Laxantien verändert sich der Zustand langsam, so dass die Doppelbilder allmählich schwinden, die Müdigkeit macht Wohlbefinden Platz, so dass der Patient dringend Entlassung wünscht.

Die Schwellung der Papille ist verschwunden, von normalem Verhalten unterscheidet sich der ophthalmoskopische Befund nur durch leichte Trübung, Hyperämie des Opticus und etwas geschlängelte Gefässe.

Ord.: Kleine Dosen Jodkali.

3 Monate nach dem Unfall übernimmt Patient seine Arbeit wieder und ist nach seinen eigenen Angaben vollständig arbeitsfähig, so dass er in einem Gutachten ein halbes Jahr nach der Verletzung als völlig arbeitsfähig bezeichnet wird. Nach 3 Jahren ist ausser leichter Schlängelung der Gefässe im Augenhintergrunde der Befund normal, ohne jede Anzeichen von Atrophie.

Sehschärfe rechts und links $^5/_4$, Jäger Nr. 1 auf 10 cm. Farben und Gesichtsfeld normal, keine Doppelbilder.

6. Fall.

M. O., 14½ J. alt, Instrumentenmacherslehrling (111, 1897), war früher immer gesund und hat gut gesehen. Vor 4 Wochen trat

langsame Abnahme der Sehschärfe rechts, seit 2 Wochen auch links ein, seit 10 Tagen rechts erblindet. Kopfschmerzen zeitweise sehr heftig, seit 8—10 Wochen fast anhaltend mit Schwindel. Appetit und Verdauung normal, nie Erbrechen. Eltern und 8 von 10 Geschwistern leben und sind gesund. Kein Anhaltspunkt für Lues und Tuberkulose.

Befund: Rechts und links Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 3 Dioptrien). Rechts in der Maculagegend feine Stippchen und Pigmentveränderungen, letztere auch links in geringem Grade. Rechts Amaurose, links Sehschärfe $^5/_{60}$. Alle Farben erkannt, hochgradige konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Sonst keine Störungen nachweisbar. Guter Ernährungszustand, Gewicht 74 Pfund. Herz und Lunge normal, Urin normal, keinerlei Lähmungserscheinungen. Beide Pupillen gleich, sehr weit, linke Pupille reagiert träge auf Licht, rechte auf Licht unbeweglich, nur konsensuell träge reagierend.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri?

In den folgenden Tagen nehmen Kopfschmerz und Schwindelgefühl zu, Gang unsicher. Rechts tritt deutliche Facialisparese, auf die unteren Gesichtszweige beschränkt, ein. Übelkeit ohne Erbrechen, Puls sehr frequent, 120 in der Minute. Nie Temperatursteigerung. Wegen rascher Abnahme des Sehvermögens links wird nach 6wöchentlichem Aufenthalt in der Klinik die Entlassung gewünscht.

Über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

7. Fall.

H. S., 25 J. alt, Zimmermädchen (598, 1897) hat in der Jugend Masern gehabt, darnach rechts Schwerhörigkeit, sonst gesund ausser Bleichsucht und seit einigen Jahren Menstruationsstörungen. Vor 5 Monaten bemerkte sie zufällig, dass sie mit dem linken Auge nichts mehr sehe, seit einem Vierteljahr wird auch rechts langsame Abnahme des Sehvermögens bemerkt.

Für Lues und Tuberkulose kein Anhaltspunkt. Vater ist 63 Jahre alt gestorben, Mutter, 68 Jahre alt, und 4 Geschwister leben und sind gesund. Einige Geschwister an Kinder-Krankheiten gestorben.

Befund: Kleine etwas anämische Patientin. Urin normal. Rechts und links Stauungspapille, Refraktionsdifferenz ca. 4 Dioptrien. Links beginnender Übergang in Atrophie. Links Amaurose, rechts Sehschärfe $^5/_{15}$. Gesichtsfeld hochgradig konzentrisch eingeschränkt, Farben nicht sicher, Pupillen weit, rechts nur träge auf

Lichteinfall reagierend, links nur träge synergisch reagierend. Ausser den Gehörstörungen rechts (Narbenbildung im Trommelfell) keinerlei anderweitige Störungen nachweisbar. Heftige Kopfschmerzen, Schwindel, nie Erbrechen. Psychischer Depressionszustand.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri?

Unter zweimonatlicher Beobachtung ändert sich der Zustand unter einer Schmierkur, indem rechts die Sehschärfe auf Fingerzählen in 3 m herabgeht, neue Symptome traten nicht auf.

Über den späteren Verlauf ist nichts bekannt.

8. Fall

S. S., 28 J. alt, Bauerntochter, ledig (3076, 1898) leidet seit mehr als 1 Jahr an Kopfschmerz und Schwindel, seit einem halben Jahre Erbrechen, Abnahme des Sehvermögens und Gehörs links mit Schwäche im linken Arm und Bein. In der letzten Zeit auch etwas Schluckbeschwerden.

Keinerlei Anhaltspunkte für Lues und Tuberkulose.

Befund: Rechts und links Stauungspapille. Kräftige Patientin, nirgends Drüsenschwellung, eine Spur von Ödem an den Beinen, Urin normal.

Links Sehschärfe Finger auf 2 m, rechts Sehschärfe $^5/_{18}$. Gesichtsfeld beiderseits, links mehr als rechts eingeschränkt, Farben erkannt. Pupillen links etwas weiter als rechts, beide reagieren auf Licht und synergisch. Augenmuskeln normal; bei starker Abduktion Nystagmus. Sensorium frei, Gedächtnis nicht ganz zuverlässig, Gang unsicher, schwankend.

Linkes Bein wird etwas nachgeschleppt, Patellarreflexe etwas gesteigert, Fussklonus erhalten. Schädel etwas asymetrisch, Beklopfen ergibt nichts; linke Stirn etwas mehr gewölbt, linkes Ohr taub, rechtes normal. Die Zunge weicht beim Vorstrecken wenig nach links ab, Links Facialisparese in allen Ästen. Lagophthalmus.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor in der hinteren Schädelgrube?

Über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

9. Fall.

D. F., 6 J. alt, Taglöhnerstochter (3233, 1898) klagt seit längerer Zeit über Kopfschmerzen. Unverständlich gewordene Sprache, schwankender Gang, erschwerte Nahrungsaufnahme sind den Angehörigen aufgefallen.

Befund: Rechts und links Stauungspapille. Wegen des apathischen Zustandes genaue Sehprüfung nicht möglich, jedenfalls aber zur Zeit keine bedeutende Herabsetzung. Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall, gleichweit. Strabismus convergens geringen Grades. Keine Augenmuskellähmung, keine Facialislähmung, Zunge weicht nach rechts ab; Sprache näselnd, Patientin verschluckt sich. Lunge, Herz und Urin normal. Gang spastisch. Patellarreflexe beiderseits gesteigert.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor in der hinteren Schädelgrube.

Exitus 7 Wochen nach der Untersuchung.

Die Obduktion ergibt: Diffuses Gliom der Brücke, Stauungshydrops sämtlicher Ventrikel.

10. Fall.

J. M., 16jähriges Mädchen (3335, 1898) klagt seit längerer Zeit über langsam zunehmenden Kopfschmerz, Schwindel, seit Monaten Abnahme des Sehvermögens.

Keine Anhaltspunkte für Lues und Tuberkulose.

Befund: Links Sehschärfe Finger auf 4 m. Rechts auf $1^1/_2$ m. Rechts und links Stauungspapille, links mit beginnendem Übergang in Atrophie. Refraktionsdifferenz 3—4 Dioptrien. Pupillen beiderseits gleich weit, reagieren träge auf Licht und synergisch. Links Abducensparese. Beiderseits Rectus superior paretisch. Lunge, Herz, Urin normal. Gang taumelnd, unsicher, Intelligenz etwas beeinträchtigt, gesteigerte Patellarreflexe. Sonstige Störungen nicht nachweisbar.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri?

Über weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

11. Fall.

B. W., 10 J. alt, Bauernsohn (2040, 1898) ist mit Hydrocephalus geboren, soll immer gut gesehen haben und gesund gewesen sein. Geistig immer etwas defekt, konnte aber die Schule besuchen und hat gut lesen gelernt. Ist vor 2 Monaten akut erkrankt mit heftigen Schmerzen im Rücken. Als er sich langsam wieder erholt hatte und zur Schule gehen sollte, wurde die sehr schlechte Sehschärfe bemerkt.

Befund: Beiderseits Stauungspapille mit Übergang in Atrophie, Hydrocephalus, sehr grosser Schädelumfang (Tub. front. bis Tub.

occip. 63 cm). Beiderseits Sehschärfe herabgesetzt auf Finger in 3 m, beiderseits konzentrisch stark eingeschränktes Gesichtsfeld.

Diagnose: Stauungspapille bei Hydrocephalus.

Nach einem halben Jahre Atrophie wesentlich fortgeschritten. Sehschärfe nicht erheblich schlechter, sonst Status idem.

12. Fall.

D. W., 48 J. alt, Zementarbeiter (2163, 1898). Vor zwei Jahren Anschwellung hinter dem Ohr, die incidiert wurde, seither Fistel. Seit zwei Tagen Anschwellung der Scheitelgegend.

Befund: Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 5 Dioptrien). Links Sehschärfe $^5/_{10}$, rechts $^5/_{7,5}$. Keine gröberen Farbenstörungen, keine Gesichtsfeldeinschränkung.

Diagnose: Stauungspapille, Abscessus epiduralis. Operation durch Trepanation, gute Heilung. 14 Tage nach der Operation links Sehschärfe $^5/_{7,5}$, rechts $^5/_5$. Schwellung des Opticus geringer. 4 Wochen nach der Operation Sehschärfe unverändert, Stauung und Schwellung des Opticus hat weiter abgenommen.

13. Fall.

W. L., 57 J. alt, Bauer (1511, 1898). Seit 14 Tagen wird rechts Exophthalmus mit Abnahme der Sehschärfe bemerkt.

Befund: Rechts Exophthalmus, hochgradige Stauungspapille, Myopie 4, Sehschärfe $^5/_{24}$; links normale Verhältnisse.

Diagnose: Rechtsseitige Stauungspapille durch Sarcoma orbitae. Nach ausgiebiger Operation tritt regionäres Recidiv und Exitus mit Metastasen ein.

14. Fall.

B. N., 19 J. alt, Zimmermädchen (3330, 1903). Seit 14 Tagen rechts Exophthalmus bemerkt

Befund: Rechts Exophthalmus, Empyem der Siebbeinhöhlen, Phlegmone orbitae. Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 3 Dioptrien). Sehschärfe $^5/_{10}$; links normale Verhältnisse.

Operation bestätigt die Diagnose.

15. Fall.

H. G., Bauernsohn, 2 J. alt (429, 1898). Schon von Geburt an schlechtes Sehvermögen, Lues hereditaria ist nicht mit Sicherheit auszuschliessen, hat häufig Krämpfe.

Befund: Cataracta congenita.

Durch Discission und unmittelbar daran angeschlossene Paracentese wird die flüssige Katarakt beiderseits mit gutem Erfolg in der Klinik operiert.

Darnach vorgenommene Untersuchung mit dem Augenspiegel ergibt Stauungspapille.

Diagnose: Stauungspapille, Hydrocephalus.

Nach 5 Jahren nicht weit fortgeschrittene Atrophie des Opticus. Sehschärfe wegen intellektuellen Defekts nicht genau zu prüfen, doch ergibt die Beobachtung, dass eine wesentliche Beschränkung des Sehvermögens und eine bemerkenswerte Gesichtsfeldeinschränkung und Farbenstörung nicht vorhanden ist.

16. Fall.

M. C., 16 J. alt, Fabrikarbeiter (8, 1900). Früher gesund, bemerkt Patient seit 3 Monaten erhebliche Abnahme der Sehschärfe, Kopfschmerzen und Schwanken beim Ruhigstehen; für Lues und Tuberkulose keine Anhaltspunkte.

Befund: Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 3—4 Dioptrien). Links Sehschärfe $^5/_{18}$, rechts $^5/_{36}$. Keine gröberen Gesichtsfeldeinschränkungen; etwas träge Pupillarreaktion beiderseits. In der Maculagegend helle Herde. Urin, Herz und Lunge normal. Keinerlei auffällige anderwärtige Störungen. Visus nimmt rasch ab, nach 5 Monaten rechts Amaurose, links Reste von Lichtschein. Übergang der Stauungspapille in Atrophie, Pupillen weit, reagieren nicht mehr auf Lichteinfall, im übrigen Zustand keine wesentliche Anderung.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri.

Soll 10 Wochen nach der letzten Untersuchung gestorben sein, eine Obduktion wurde nicht gemacht.

17. Fall.

V. G., 32 J. alt, Bäcker (2867, 1899). Seit anderthalb Jahren hat Patient sehr häufig epileptische Anfälle, starke Abnahme der psychischen Kräfte, Herabsetzung des Sehvermögens.

Befund: Gedächtnisschwäche, Kopfschmerzen, Epilepsie, Stauungspapille. Links Sehschärfe $^5/_{60}$, rechts $^5/_{30}$. Gesichtsfeld stark eingeschränkt, rechtsseitige Hemiparese, Sprachstörungen.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri.

Später Übergang der Stauungspapille in Atrophie.

Exitus anderthalb Jahre nach der ersten Untersuchung. Obduktion: Im linken unteren Stirnlappen über wallnussgrosses weiches Sarkom.

18. Fall.

G. B., 35 J. alt, Dienstmagd (96, 1899) Seit 2 Jahren Kopfschmerzen, nie Erbrechen, Ohrensausen, Abnahme des Sehvermögens.

Befund: Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 3 Dioptrien). Links Sehschärfe $^5/_9$, rechts $^5/_{18}$. Farbenwahrnehmung defekt. Gesichtsfeld konzentrisch eingeschränkt, Sehnenreflexe normal, kein Fussklonus.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri?

Lumbalpunktion. Nach 3 Jahren Atrophie des Optikus nach Stauungspapille.

19. Fall.

B. E., 22 J. alt, Kaufmann (228, 1899). In der Familie ist Tuberkulose, Patient selbst litt als Kind an Caries des äusseren rechten Orbitalrandes, vor 5 Jahren öfters epileptische Anfälle, seit einem Jahr heftige Kopfschmerzen. Seit einigen Wochen wurden Sehstörungen bemerkt und auswärts Stauungspapille festgestellt.

Befund bei der Aufnahme: Stauungspapille beiderseits mit beginnendem Übergang in Atrophie (Refraktionsdifferenz 3 Dioptrien). Rechts Sehschärfe Finger auf 2 m. Links Finger in der Nähe. Rechts und links Farben in grossen Proben in der Nähe erkannt. Gesichtsfeld erheblich konzentrisch eingeschränkt. Tuberculosis pulmonum, Knochennarbe von Caries am äusseren oberen Orbitalrand mit Verziehung des Lides. Schwankender Gang, Facialis normal.

Sensibilität und Motilität ungestört, Pupillarrektion gut, rechte Pupille etwas weiter als die linke.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri (Tuberkel?).

17 Tage nach der Untersuchung Exitus.

Anatomische Diagnose: Chronische Miliartuberkulose der Lungen, Milz und Peritoneum, grosser käsiger Tuberkel des Kleinhirns, Hydrocephalus.

20. Fall.

F. J., $40^1/_2$ J. alt, Glaser (380, 1899). Vor einem Vierteljahr waren längere Zeit heftige Kopfschmerzen und Schwindel aufgetreten, die aber vollständig wieder verschwanden. Vor anderthalb Monaten traten die Beschwerden wieder in sehr erheblichem Masse zugleich mit Abnahme des Gedächtnisses und Intellekts auf, daneben Schlaf-

losigkeit und auffallend starker Schwindel. Lues ist nicht sicher auszuschliessen.

Befund: Kopfschmerzen, Beklopfen des Schädels ergibt nichts besonderes. Sehschärfe beiderseits herabgesetzt, links $^5/_{10}$, rechts $^5/_{20}$. Konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes, rechts stärker als links. Beiderseits Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 4 Dioptrien). Keine Herde im Augenhintergrund, keinerlei sonstige Störungen nachweisbar.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri?

Bei Lumbalpunktion entleert sich 25 ccm klare Flüssigkeit, Kopfschmerz und Schwindel verschwinden, so dass sich Patient weiterer Beobachtung und Behandlung entzieht.

Über den weiteren Verlauf wurde nichts bekannt.

21. Fall.

St. A., 9 J. altes Mädchen (277, 1900). Zeichen von hereditärer Lues in Menge vorhanden. Exantheme, Sattelnase, eitriger Ausfluss aus der Nase, Schwerhörigkeit, tiefes Hautgeschwür an der Wange. Vor 3 Tagen ist nach vorher bestandener Sehschwäche plötzlich Erblindung eingetreten.

Befund: Atrophisches Kind, hochgradige Anämie, allgemeine Drüsenschwellung, tiefes Hautgeschwür an der Wange, ausgedehnte Zerstörung des weichen und harten Gaumens mit grosser Perforation des letzteren, Sattelnase. Pupillen mittelweit, reagieren nicht auf Licht. Amaurose, beiderseits Stauungspapille, keine Herderkrankung im Augenhintergrund.

Diagnose: Lues congenita, Stauungspapille, Gumma cerebri.

Nach einer sehr ausgiebigen Blutung aus Mund und Nase aus den dort sich findenden Geschwüren tritt starke Benommenheit und Zerfall der Kräfte mit Temperatursteigerung (39,4) ein. Nachdem am folgenden Tage die Blutung sich wiederholt und blutige Massen öfters erbrochen waren, erfolgt Exitus 2 Tage nach der Aufnahme.

Obduktion: Caries der knöchernen Nase, des Siebbeins und Keilbeins mit Durchbruch in die Schädelhöhle. Eitrige umschriebene Basilarmeningitis, Hydrops ventriculorum, Marasmus. An der Basis des Schädels, am hinteren Teil der Lamina cribrosa und Sella turcica findet sich ein Abscess mit grünlichem stinkendem Eiter zwischen Knochen und Gehirn, auf das letztere nicht übergreifend. Optici und Chiasma in bräunliche schmierige Massen mit Eiter und Blut vermengt eingebettet, beide Optici erweicht. An der Basilar-

arterie geronnene Blutung. Ventrikel erweitert, mit klarem Serum erfüllt. Lamina cribrosa der Schädelbasis in unregelmässigsr zackiger Form durchbrochen. Siebbeinhöhlen vollständig zerstört, ebenso das Nasengerüste.

22. Fall.

G. G., 42 J. alt, Bauer (377, 1900).

Befund: Stauungspapille, links ausgesprochen (Refraktionsdifferenz 4 Dioptrien), rechts beginnend. Sehschärfe rechts $^5/_5$, links $^5/_6$.

Sinusthrombose.

23. Fall.

K. J., 36 J. alt, Bauer (621, 1900). War bisher gesund, Anhaltspunkte für Lues und Tuberkulose fehlen. Seit 3—4 Jahren leidet er an Kopfschmerzen, seit ca. 7 Wochen an Kopfschmerzen heftigster Art in der Stirngegend und linken Kopfhälfte; dabei häufig Schwindel. Abnahme des Sehvermögens.

Befund: Rechts und links Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 6 Dioptrien), kleinere Hämorrhagien in der Nähe. Gesichtsfeld ohne gröbere Störung, Sehschärfe normal, Defekt des Intellekts, Schädelperkussion ergibt nichts. Rechter Mundfacialis schwächer als linker, starker Nystagmus, Kniereflexe sehr lebhaft, Abducensparese rechts.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri (?).

Weiterer Verlauf nicht bekannt.

24. Fall.

F. A., 36 J. alt, Kaufmann (1518, 1900). Bis vor 10 Wochen gesund, bekam Patient plötzlich Krämpfe in der linken Körperhälfte bei erhaltenem Bewusstsein. Noch dreimal wiederholten sich die Krampfanfälle, seither Kopfschmerzen und links Abnahme des Sehvermögens.

Befund: Beiderseits Stauungspapille. Zunge weicht nach links ab. Facialis links paretisch. Gang unsicher. Perkussion des Schädels im vorderen Teil des rechten Scheitels schmerzhaft. Ausser der Stauungspapille kleine Hämorrhagien, links Sehschärfe: Finger unsicher, rechts $^5/_{50}$ mit stark eingeschränktem Gesichtsfeld.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri in der rechtsseitigen Centralwindung.

Diagnose durch operativen Eingriff bestätigt, eingehende Veröffentlichung vorbehalten.

25. Fall.

G. A., 4 J. alt, Bauernsohn (2023, 1900). Bei Aufnahme in die Klinik links Glioma retinae III. Stadium mit Vergrösserung des Bulbus und Drucksteigerung. Exophthalmus. Rechts normale Verhältnisse. Exenteratio orbitae sinistrae Nach 4 Wochen Localrecidiv und Metastasen im Schädelknochen. Rechts Stauungspapille mit kleinen Blutungen und Protusion.

Diagnose: Tumor retrobulbaris in der rechten Orbita. Stauungspapille.

Weitere Metastasen am Schädel, Kiefer, Rippen, zugleich mit starkem Wachstum des Tumors in der linken Orbita, ebenso des retrobulbären Tumors rechts. Im rechten Bulbus ausser Stauungspapille und kleinen Blutungen keine Veränderung.

Exitus 8 Wochen nach der Aufnahme an Erschöpfung.

Anatomische Diagnose: Multiple Tumoren in beiden Augenhöhlen, in den Höhlen und Gruben an der Schädelbasis und Schädeldach. Metastasen im Unterkiefer in den Lymphdrüsen des Halses und Mediastinums und in den retroperitonealen und Iliacaldrüsen. Ferner in der Leber und im Pankreas, sowie einigen Rippchen. Geringer Hydrocephalus internus. Im Gehirn selber keine Tumorenbildung.

26. Fall.

Sch. R., 16 J. alt, Zimmermann (2415, 1900). Seit einem Vierteljahr in der rechten Körperhälfte Lähmungserscheinungen, seither schlechtes Sehvermögen. Lues hereditaria nicht auszuschliessen.

Befund: Beiderseits Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 5 bis 6 Dioptrien). Sehschärfe links Finger unsicher, rechts $^5/_{10}$ mit Gesichtsfeldeinschränkung. Rechts Facialisparese und Hemiparese.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri?

Weiterer Verlauf nicht bekannt.

27. Fall.

B. P., 7 J. alt, Werkmeisterstochter (3066, 1900). Patientin ist seit 2 Monaten krank Vor ca. 6 Wochen trat morgens heftiges Erbrechen auf. Heftiges Zucken im rechten Bein beim Versuch zu gehen, ebenso im rechten Arm bei Bewegungen desselben, Mattigkeit und Gehörstörungen traten ein, seit kurzer Zeit täglich morgens Erbrechen. Seit 3 Tagen plötzlich Verlust des Sehvermögens.

Befund: Beiderseits Amaurose, Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 6 Dioptrien). Rechtsseitige Hemiataxie, grosse Unsicherheit beim Stehen. Keine Parese der Extremitäten, Sensibilität ohne grobe Störung. Gehörstörung nicht genau zu prüfen wegen Apathie. Kniereflexe nicht gestört. Keine Facialisparese Puls unregelmässig verlangsamt. Temperatur normal.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri in der hinteren Schädelgrube, besonders links.

Im Verlauf 2monatlicher Beobachtung ist beginnende Atrophie des Opticus eingetreten.

28. Fall.

S. J., 26 J. alt, Metzger (2363, 1901). Beiderseits Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 3 Dioptrien). Sehschärfe rechts $^{5}/_{10}$—$^{5}/_{6}$, links $^{5}/_{20}$ Pupillen reagieren normal, Farben gut, Gesichtsfeld nicht eingeschränkt.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri.

Exitus 6 Wochen nach der Untersuchung.

Anatomische Diagnose: Tumor im rechten Stirnhirn.

29. Fall.

R. F., 38 J. alt, Bauer (3787, 1901). Beiderseits Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 2—6 Dioptrien). Amaurose.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri.

Exitus 5 Monate nach der Untersuchung.

Anatomische Diagnose: Gliosarkom im rechten Parietal- und Occipitalhirn.

30. Fall.

S. K., 21 J. alt, Musketier (4118, 1891). Rechts Orbitalphlegmone, Amaurose, Stauungspapille.

31. Fall.

Sch. B., 27. J. alt, Handwerkersfrau (1201, 1901). Seit ca. 2 Monaten sind ohne bekannte Ursache Kopfschmerzen mit Abnahme des Sehvermögens und Schwindel aufgetreten. Für Lues und Tuberkulose ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte. Patientin hat 4 Kinder geboren, zwei leben und sind gesund, zwei sind an akuten fieberhaften Krankheiten (?) gestorben. Das letzte vor 4 Monaten geborene Kind hat sie ein Vierteljahr lang gestillt.

Befund: Stauungspapille (Refraktionsdifferenz links 5, rechts 6 Dioptrien). Sehschärfe links Finger in 1 m, rechts $^5/_{20}$—$^5/_{15}$. Gesichtsfeld stark konzentrisch eingeschränkt, Farben erkannt, beide Pupillen sehr weit, linke weiter als rechte. Rechts direkte Reaktion träg, links auf Lichteinfall minimal, konsensuell deutlich aber schwach reagierend. Links Abducensparese. Heftige Kopfschmerzen, Urin frei von Eiweiss und Zucker, Herz und Lunge normal.

Keinerlei anderweitige Störungen.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri?

Das Sehvermögen schwindet rechts ziemlich rasch, links Amaurose. Zuerst links, dann rechts Punktion der Sehnervenscheide, nach Ablösung des Rectus internus Entleerung von ziemlich reichlicher gelblicher, etwas wenig mit Blut vermischter Flüssigkeit. Übergang in Atrophie.

Exitus nach 8 Monaten mit Lähmungserscheinungen einer Seite (welcher?). Obduktion nicht gemacht.

32. Fall.

Sch. G., 42 J. alt, Kaufmann (1256, 1901). Rechts Stauungspapille mit Herabsetzung des Sehvermögens auf $^4/_{60}$ bei Orbitalphlegmone.

33. Fall.

W. K., Fabrikarbeiter, 31 J. alt (508, 1901). Vor 4 Jahren angeblich Hirnentzündung (?) darnach wieder geheilt. Für Lues und Tuberkulose kein Anhaltspunkt. Seit 2 Jahren Kopfschmerzen, Eltern leben und sind gesund, ebenso Frau und zwei Kinder.

Befund: Rechts Amaurose. Links Sehschärfe $^5/_6$. Gesichtsfeld hochgradig konzentrisch eingeschränkt. Farben unsicher. Rechte Pupille weit, reagiert auf Lichteinfall nicht, sehr träge auf Lichteinfall ins linke Auge; linke Pupille weiter als normal, reagiert träge auf Lichteinfall. Beiderseits hochgradige Stauungspapille (Refraktions-Differenz 5—6 Dioptrien). Links kleine Blutungen, rechts fehlen solche; heftige Kopfschmerzen. Perkussion des Schädels ergibt nichts, auch keine Schalldifferenz zwischen rechts und links. Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Später auch links rasche Abnahme des Sehvermögens bis Amaurose, Übergang in Atrophie,

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri.

Anatomische Diagnose: Cyste im rechten Schläfenlappen.

34. Fall.

R. F., 3 J. alt, Mechanikerstochter (1082, 1901). Links Glioma retinae, III Stadium, mit Geschwulstmassen in der linken Orbita. Rechts Stauungspapille, Gliom in der Schädelhöhle. Exitus.

Annatomische Diagnose: Gliom des linken Bulbus mit Geschwulstmassen in der linken Orbita.

Rechts Stauungspapille, Orbita normal. Weit verbreitetes Glioma cerebri.

35. Fall.

B. W., 25 J. alt, Bauerntochter ledig (534, 1901).

Befund: Stauungspapille (Refraktions-Differenz 5 Dioptrien). Retina trüb, spärliche weisse Herde in der Retina und rechts und links kleine Blutungen. Abdomen stark aufgetrieben, Milz enorm vergrössert. Verhältnis der weissen und roten Blutkörperchen 1:3.

Diagnose: Stauungspapille, myelogene Leucämie.

36. Fall.

D. R., 23 J. alt, stud. jur. (756, 1901). Seit ca. $^1/_4$ Jahr Kopfschmerzen, seit $1^1/_2$ Monaten Doppeltsehen. Lues und Tuberkulose auszuschliessen.

Befund: Rechts und links ausgesprochene Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 4 Dioptrien). Zahlreiche feine Blutungen, beiderseitige Abducensparese, keinerlei Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Gehör: mässige Herabsetzung der Hörweite für Uhr und Sprache. Beträchtliche Verkürzung der Knochenleitung Sehschärfe rechts und links $^5/_6$—$^5/_5$, Accommodation gut, Gesichtsfeld nicht eingeschränkt, Farben normal, Urin frei von Eiweiss und Zucker. Beiderseits prompte Pupillarreaktion.

Diagnose: Idiopatische Stauungspapille.

Unter der Behandlung mit Ungt. cin. nehmen die Stauungserscheinungen langsam ab, die Funktion bleibt nach allen Richtungen normal.

Nach 3 Jahren Funktion intakt, Pupillarverhältnisse normal. Opticus etwas hell, Conturen leicht bedeckt, keine auffallende Abweichung von den normalen Verhältnissen. Übrigens vollständig gesund.

37. Fall.

F. S., 20 J. alt, Schriftsetzerstochter (317, 1902), hat sich vor 9 Tagen auf einem Maskenball durch Tanzen ungewöhnlich er-

hitzt und ist dann ins Freie gegangen, um sich abzukühlen. Heftige Erkältung, am andern Tag Schielen, Kopfschmerzen. Ist stets gesund gewesen und aus gesunder Familie. Menses regelmässig.

Befund: Rechts und links Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 5 Dioptrien). Sehschärfe rechts und links $^5/_5$. Accomodation normal. Pupillen normal.

Urin ohne Eiweiss und Zucker. Kopfschmerzen. Auf Beklopfen des Kopfes keinerlei Schmerzen. Leichte Facialisparese rechts und Abducensparese links.

Diagnose: Stauungspapille. Tumor cerebri?

Patientin starb ein halbes Jahr nach der Untersuchung, nach einem Anfall mit sehr heftigen Kopfschmerzen plötzlich in der Nacht. Obduktion ist nicht gemacht.

38. Fall.

W. B., 58 J. alt, Schultheiss (337, 1902). Seit 3 Monaten Doppelsehen. Seit 1 Jahr unsicherer Gang und rasches Ermüden.

Befund: Stauungspapille beiderseits (Refraktionsdifferenz 3 Dioptrien). Rechts Abducensparese. Keine Sensibilitätsstörungen, schwankt bei geschlossenen Augen sehr stark, Gang leicht spastisch, keine Motilitätsstörungen. Sehschärfe rechts und links $^5/_6$—$^5/_5$. Hyperopie 3 D.

Zunehmende Sehstörung und Abnahme des Intellects. Facialisparese links.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri?

Ist noch in Behandlung.

39. Fall.

B. Ch., 17 J. alt, Weingärtner (465, 1902).

Befund: Exophthalmus links, Abducensparese L. Stauungspapille beiderseits (Refraktionsdifferenz 4 Dioptrien). Sehschärfe $^5/_6$—$^5/_5$, Gesichtsfeld intakt, Farben gut. Mittelohreiterung. Thrombose des linken Sinus sigmoideus.

Operation: Aufmeisselung des linken Warzenfortsatzes.

Nach 8 Monaten noch leichte Zeichen von Stauungspapille mit Übergang in annähernd normale Verhältnisse.

40. Fall.

B. G., Steinhauer, 28 J. alt (1581, 1902). Stauungspapille mit gutem Sehvermögen. Subakutes Empyem des rechten Warzenfortsatzes.

Operation: Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.

Bei einer späteren Untersuchung bedeutender Rückgang der Schwellung. Guter Visus.

41. Fall.

B. W., 6 J. alt, Handwerkersohn (791, 1902). Häufig Kopfschmerzen, in letzter Zeit Schwindel und Erbrechen. Verdacht auf Tuberkulose.

Befund: Apathie, Stauungspapille, Visus normal.

Diagnose: Stauungspapille, Hydrocephalus.

42. Fall.

B. E., 37 J. alt, Magd (3319, 1902). Für Tuberkulose kein Anhaltspunkt, Lues nicht auszuschliessen. Heftige Kopfschmerzen.

Befund: Stauungspapille, Sehschärfe links $^5/_{30}$, rechts $^5/_{10}$—$^5/_8$. Konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Linke Pupille etwas weiter als rechte, reagiert etwas träge. Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen.

Diagnose: Stauungspapille. Tumor cerebri?

Weiterer Verlauf nicht bekannt.

43. Fall.

R. E., 10 J. alt, Bäckersohn (3936, 1902).

Klinische Diagnose: Stauungspapille, Amaurose. Herde zwischen Opticus und Macula. Tumor cerebri.

Anatomische Diagnose: Tumor cerebri am Chiasma.

(Wird anderwärts veröffentlicht.)

44. Fall.

X. G., 18 J. alt, Bauer (4112, 1902). Stauungspapille, Sehschärfe rechts $^5/_{10}$, Hemianopsie, links Finger in $^1/_2$ m. (Refraktionsdifferenz 7 und 9 Dioptrien.) In der Macula weisse Herde.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri. Trepanation. Grosse Cyste wird entleert; kein Tumor. Darnach Abflachung der Stauungspapille.

Genauerer Bericht wird anderwärts gegeben.

45. Fall.

S. A., 14 J. alt, Knabe (4249, 1902). Beiderseits Stauungspapille. Links Amaurose, rechts Lichtschein. (Rechts und links Refraktionsdifferenz 3 Dioptrien.)

Diagnose: Tumor cerebri, Stauungspapille.

Ist zu Hause gestorben.

Anatomische Diagnose: Tumor cerebri.

46. Fall.

B. W., 33 J. alt, Köchin (4427, 1902). Seit 4 Monaten Kopfschmerzen und Abnahme des Sehvermögens, seit 1 Monat Erblindung. Lues und Tuberkulose können ausgeschlossen werden.

Befund: Beiderseits Stauungspapille mit Übergang in Atrophie. Feine Herde in der Maculagegend. Links und rechts Lichtschein unsicher. Pupillarreaktion nur ganz gering. Rechter Mundfacialis paretisch. Steigerung der Patellarreflexe, auffallende Schmerzhaftigkeit bei Druck und Beklopfen des rechten Scheitelbeines. Urin normal.

Diagnose: Stauungspapille mit Übergang in Atrophie. Tumor cerebri?

Weiterer Verlauf unbekannt.

47. Fall.

R. Fr., 20 J. alt, Schreiner (5128, 1902). Seit 5 Monaten Kopfschmerz, Abnahme des Sehvermögens mit Erbrechen und Schwindel.

Befund: Schwankender Gang, Schwindel, Erbrechen, beiderseits Stauungspapille. Abducensparese rechts, hochgradiger Schwächezustand.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri?

Ist 4 Wochen nach der Untersuchung gestorben. Obduktion wurde nicht gemacht.

48. Fall.

H. O., 29 J. alt, Dienstmädchen (5271, 1902). Hochgradige Chlorose. Hämoglobinbestimmung ergibt 60%. Keine Leucocytose, mässige Poikilocytose. Stauungspapille. Sehschärfe, Farben und Gesichtsfeld normal. Urin normal.

Diagnose: Stauungspapille, Chlorose.

Nach 1 Jahr normales Sehvermögen, Papillen blass, etwas geschwellt, Conturen bedeckt. Hämoglobingehalt 65%.

49. Fall.

Sch. E., 42 J., Gastwirtsfrau (5333, 1902). Vor einem halben Jahre Laparotomie wegen Uterusmyom, Uterus samt Adnexe entfernt; leidet an Kopfschmerzen.

Befund: Stauungspapille, normale Sehschärfe. Keinerlei anderweitigen Störungen. Nach ¾ Jahren noch geringe Infiltration des Opticus, normale Sehschärfe.

Diagnose: Stauungspapille im Zusammenhang mit der Genitalerkrankung.

50. Fall.

St. C., Lehrerskind, 6 J. alt (591, 1902).

Befund: Stauungspapille, gute Sehschärfe, beiderseits Abducensparese.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri.

Ein Jahr nach der Untersuchung gestorben. Obduktion ergab: Tumor cerebri, Gliosarcom.

51. Fall.

T. H., 3 J. alt, Totengräbersohn (1772, 1903). Früher gesund, für Lues und Tuberkulose kein Anhaltspunkt. Vor 4 Monaten rote Flecken, darnach wieder gesund. Vor 14 Tagen fieberhafte Erkrankung ohne auffällige Symptome, seit 8 Tagen wird bemerkt, dass das Sehen bedeutend herabgesetzt ist, Kopfschmerzen, Benommenheit.

Befund: Etwas mageres Kind. Kein Exanthem. Pupillen weit, ganz schwach links, gar nicht rechts reagierend. Links 4 mm, rechts 5 mm weit. Beiderseits Stauungspapille (Refraktionsdifferenz links 3, rechts 4 Dioptrien). Lichtschein zweifelhaft. Rechts Facialisparese. Gehör gut. Abends leichte Temperatursteigerung. Keine Motilitäs- oder Sensibilitätsstörung nachweisbar. häufig Erbrechen.

Diagnose: Stauungspapille, akuter Hydrocephalus. Ord. Ungt. cinereum. Diät.

Hat nach 5 Tagen abends leichte Temperatursteigerung, von da ab normale Temperatur. Das Sehen bessert sich von Tag zu Tag. Appetit gut, Erbrechen wird seltener. Der ophthalmoskopische Befund verändert sich, die Schwellung nimmt ab, Papillen blassen etwas ab.

Nachdem seit längerer Zeit kein Erbrechen, normale Temperatur, gutes Sehvermögen (genauere Versuche bestätigten dies) beobachtet wurde, wird Patient entlassen. Allgemeinbefinden gut.

Nach 3 Monaten Sehvermögen soweit zu prüfen normal. Allgemeinbefinden gut. Papillen zeigen bloss noch leichte Trübung der Contur.

52. Fall.

R. E., 24 J. alt, Chemiker (485, 1900).

Vor 2 Monaten plötzlich erkrankt mit Krämpfen in Kau- und

Gesichtsmuskulatur, darnach Aphasie und Paraphasie und rechtsseitige Facialislähmung. Kopfschmerzen, Pulsverlangsamung. Abnahme des Sehvermögens. Früher Lues.

Befund: Sehschärfe links $^5/_{10}$, rechts $^5/_{7,5}$, konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes beiderseits. Stauungspapille (Refraktionsdifferenz 5 Dioptrien), beiderseits Blutungen. Rechte Pupille weiter als linke, beiderseits träge Pupillarreaktion.

Das Sehvermögen nimmt links stark auf Fingerzählen in der Nähe, rechts weniger auf $^5/_{18}$ ab. Anfallsweise heftige Kopfschmerzen.

Diagnose: Stauungspapille, Tumor cerebri.

5 Monate nach der letzten Untersuchung stirbt Patient. Obduktion: Tumor cerebri.

Vorstehend haben wir ausschliesslich Fälle aufgeführt, bei welchen der Befund der Stauungspapille also „jener Form von Entzündung des Sehnervenkopfes, welche durch einen besonders hohen Grad von Schwellung ausgezeichnet ist“, ein ganz zweifelloser war. Nur Fälle mit Schwellung von mindestens 1 mm Höhe (3 Dioptrien Refraktions-Differenz) sind aufgenommen worden und Fälle, bei welchen ein Zweifel zwischen einfacher Neuritis descendens oder dem typischen Befund der Stauungspapille vorlag, sind ausgeschlossen worden.

Ehe wir an den eigentlichen Zweck unserer Zusammenstellung gehen, nämlich einer Übersicht über die Ätiologie, geben wir einige statistische Daten, welche die Zusammenstellung uns ergeben hat; wir sind uns des beschränkten Wertes unserer kleinen Statistik wohl bewusst.

Die Fälle sind in dem Gesamtkranken-Material in einer Häufigkeit von 1,7 pro Mille, unter den Männern von 2 pro Mille, unter den Frauen von 1,3 pro Mille vorgekommen. Wenn wir zunächst die fünf Fälle von Stauungspapille bei Orbitalaffection ausschliessen, so gestalten sich die Häufigkeitsverhältnisse etwas anders, nämlich 1,5 %, 1,8 %, 1,2 % (Gesamtmaterial, Männer, Weiber).

Auf die verschiedenen Lebensjahrzehnte verteilen sich die 47 Fälle (exklusive Orbitalaffektion) auf folgende Weise:

Lebensjahr	Männer	Weiber	Zahl	%
1—9	4	5	9	19,5
10—19	8	2	10	21,3
20—29	6	5	11	23,4
30—40	6	3	9	19,2
40—50	5	1	6	12,8
50—60	1	—	1	2,1
60—70	1	—	1	2,1

Auffallend ist die starke Beteiligung des I. Lebensjahrzehnts (Hydrocephalus und Gliom).

Was die klinische Diagnose der der Stauungspapille zu Grund liegenden Erkrankung, abgesehen von Orbitalaffektion, anbelangt, so wurde die Diagnose gestellt auf

Tumor cerebri in	33	Fällen	= 70,2 %
Hydrocephalus in	5	„	= 10,6 %
Gehörorganerkrankung in . . .	4	„	= 8,5 %
Allgemeinerkrankungen (Leucämie, Chlorose) in	2	„	= 4,3 %
Fractura basis cranii mit Blutung in	1	Fall	= 2,1 %
Genitalerkrankung in	1	„	= 2,1 %
sog. idiopatische Stauungspapille in	1	„	= 2,1 %

Sehen wir vorerst bei der weiteren Besprechung der gestellten Diagnosen von den Fällen von Tumor cerebri ab, so hat sich uns in 5 Fällen = 10,6 % Hydrocephalus als Ursache der Stauungspapille ergeben, in 4 Fällen = 8,5 % finden wir Gehörorganerkrankungen, in 2 Fällen allgemeine Konstitutionsanomalien, beide Fälle gleich bemerkenswert. Dem Vorkommen der Stauungspapille bei Chlorose brauchen wir nun nicht mehr skeptisch gegenüberzustehen. Die Diagnose Fractura basis cranii mit Blutung an der Basis als Ursache der Stauungspapille wird wohl einem Zweifel nicht unterliegen können.

An der Diagnose idiopatische Stauungspapille, die wir mit Elschnig als eine mit ungewöhnlicher Schwellung einhergehende Neuritis ansehen müssen, muss vorerst festgehalten

werden, da in diesem Falle anderweitige Störungen von Seiten des Zentralnervensystems nicht nachgewiesen werden konnten und der sehr günstige Verlauf (retitutio ad integrum) eine andere ätiologische Diagnose nicht zuliess, die überdies noch durch den dreijährigen Bestand der normalen Verhältnisse bestätigt wird. Was die Annahme eines Zusammenhangs der Stauungspapille mit dem Genitalleiden (Totalexstirpation des Uterus samt Adnexen wegen Myomen) betrifft, so sind wir auf dieselbe durch Ausschluss aller andern Möglichkeiten gekommen. Zu bemerken ist, dass die Stauungspapille 1 Jahr nach der Untersuchung zurückgegangen aber nicht ganz verschwunden ist und das Sehvermögen normal blieb, auch anderweitige Erkrankungen sind bei der Patientin nicht aufgetreten.

Von den 33 Fällen, in welchen Stauungspapille bei Tumor cerebri (in weiterem Sinne raumbeschränkende Erkrankung) diagnostiziert wurde, sind 15 zur anatomischen Untersuchung gekommen. (13 Obduktionen, 2 Operationsbefunde.)

In allen Fällen ausser Fall 21 ist die Diagnose raumbeschränkende Erkrankung bestätigt worden, wir rechnen die Cyste dazu ein.

Im Fall 21 mit Lues congenita ist die Diagnose nach nur ganz kurzer Beobachtung des hochgradig entkräfteten Kindes auf Gumma gestellt, durch die Obduktion nicht bestätigt sondern eitrige Basilarmeningitis festgestellt worden. Eine weitere Begründung der Diagnose in den übrigen Fällen müssen wir uns versagen. Eine Anzahl der Fälle hat sich der weiteren Beobachtung entzogen.

In den allermeisten Fällen haben wir uns bei der Diagnose der Unterstützung der übrigen Kliniken zu erfreuen gehabt, wofür auch an dieser Stelle, sowie für die Gestattung der Einsicht in die Krankengeschichten der verbindlichste Dank abgestattet sei.

Zum Schluss geben wir noch eine tabellarische Zusammenstellung unserer Fälle.

L. N.	Männer	Weiber	Alter	Stauungspapille			Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose
				bdrs.	r.	l.		
1.	1		30	1			Tumor cerebri?	
2.	1		41	1			Tumor cerebri	Hämorrhagisches Sarcom in der rechten Kleinhirnhemisphäre.
3.	1		63	1			Tumor cerebri?	
4.	1		8	1			Hydrocephalus.	
5.	1		17	1			Fractura basis cranii. Blutung an der Basis.	
6.	1		14½	1			Tumor cerebri?	
7.		1	25	1			Tumor cerebri.	
8.		1	28	1			Tumor in der linken hinteren Schädelgrube?	
9.		1	6½	1			Tumor in hint. Schädelgrube	Diffuses Gliom der Brücke Stauungshydrops sämtlich. Ventrikel.
10.		1	16	1			Tumor cerebri?	
11.	1		10	1			Hydrocephalus	
12.	1		48	1			Abscessus epiduralis.	
13.	1		57		1		Sarcoma orbitae.	
14.		1	19		1		Empyem der Siebbeinhöhlen u. Phlegmone der Orbita.	
15.	1		2	1			Hydrocephalus.	
16.	1		16	1			Tumor cerebri?	
17.	1		32	1			Tumor cerebri	Im linken unteren Stirnlappen über wallnussgrosses Sarcom.
18.		1	35	1			Tumor cerebri?	
19.	1		22	1			Tumor cerebri (Tubercel?)	Chronische Miliartuberculose der Lungen, Milz und Peritoneum, grosser käsiger Tuberkel des Kleinhirns. Hydrocephalus.
20.	1		40½	1			Tumor cerebri?	
21.		1	6	1			Lues congenta, Gumma cerebri	Caries des Nasen-Siebbeins mit Durchbruch in Schädelhöhle, Basilarmeningitis, Hydrops ventriculorum.
22.	1		43	1			Sinusthrombose.	
23.	1		36	1			Tumor cerebri?	
24.	1		36	1			Tumor cerebri in der rechtsseitigen Zentralwindung.	Tumor cerebri in der rechtsseitigen Zentralwindung.
25.	1		4	1			Tumor retrobulbaris	Tumor retrobulbaris gliomatosus.
26.	1		16	1			Tumor cerebri?	
27.		1	7	1			Tumor cerebri in hint. Schädelgrube?	

L. N.	Männer	Weiber	Alter	Stauungspapille			Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose
				bdrs.	r.	l.		
28.	1		26	1			Tumor cerebri	Tumor im rechten Stirnhirn.
29.	1		38	1			Tumor cerebri	Gliosarcom im rechten Parietal- u. Occipitalhirn.
30.	1		21		1		Orbitalphlegmone.	
31.		1	27	1			Tumor cerebri?	
32.	1		42		1		Orbitalphlegmone.	
33.	1		31	1			Tumor cerebri	Cyste im rechten Schläfenlappen.
34.		1	3		1		Tumor cerebri	Glioma cerebri.
35.		1	25	1			Myelogene Leucämie.	
36.	1		23	1			Idiopatische Stauungspapille.	
37.		1	20	1			Tumor cerebri?	
38.	1		58	1			Tumor cerebri?	
39.	1		17	1			Thrombose d. Sinus sigmoidens.	
40.	1		40	1			Empyem d. Warzenfortsatzes.	
41.	1		6	1			Hydrocephalus.	
42.		1	37	1			Tumor cerebri?	
43.	1		10	1			Tumor cerebri	Tumor cerebri am Chiasma.
44.	1		18	1			Tumor cerebri	Cyste.
45.	1		14	1			Tumor cerebri	Tumor cerebri.
46.		1	33	1			Tumor cerebri?	
47.	1		20	1			Tumor cerebri?	
48.		1	29	1			Chlorose.	
49.		1	42	1			Genitalerkrankung.	
50.		1	6	1			Tumor cerebri	Tumor cerebri, Gliosarcom.
51.	1		3	1			Hydrocephalus.	
52.	1		24	1			Tumor cerebri.	Tumor cerebri.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Mock, bin am 15. Januar 1875 zu Haigerloch (Hohenzollern) geboren als Sohn des verstorbenen Kaufmann Eugen Mock.

Ich besuchte vom Herbst 1885 bis Herbst 1890 das Gymnasium zu Sigmaringen und dann das Gymnasium zu Rottweil, welches ich Herbst 1895 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich bezog dann die Universitäten Marburg, Strassburg, Würzburg und Tübingen, an letzterer vollendete ich im Mai 1903 mein ärztliches Staatsexamen.